Mr. Leboue

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE JEUDI 25 JUILLET 1889

Par L. LEBOUC

NÉ A AMBRIÈRES (MAYENNE), LE 19 AOUT 1862

ÉTUDE CLINIQUE ET ANATOMIQUE

SUR QUELQUES CAS

DE TUMEURS SOUS-UNGUÉALES

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges { M. MATHIAS DUVAL, professeur.
MM. REMY et QUINQUAUD, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.......... M. BROUARDEL.

Professeurs...............	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO. DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	SÉE (G.). POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirugicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	TARNIER. PINARD.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.

Professeurs honoraires : MM. **GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT**

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GUEBHARD.	PEYROT.	REYNIER.
BLANCHARD.	HANOT.	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	RIBEMONT-DESSAIGNES
BOUILLY.	HANRIOT.	POUCHET.	ROBIN (Albert).
BRISSAUD.	HUTINEL.	QUENU.	SCHWARTZ.
BRUN.	JALAGUIER.	QUINQUAUD.	SEGOND.
BUDIN.	JOFFROY.	RAYMOND.	TROISIER
CAMPENON.	KIRMISSON.	RECLUS.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LANDOUZY.	REMY.	
DEJERINE.	MAYGRIER		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

MÉDECIN DE L'HOPITAL LAENNEC

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

SÉNATEUR DU DÉPARTEMENT DE L'ALLIER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Lorsque, au mois de juillet 1888, M. le professeur Le Fort, dans une de ses cliniques, et M. Thierry, prosecteur à la faculté, dans une communication à la Société anatomique, attirèrent l'attention sur une variété de tumeur sous-unguéale non encore décrite, l'on ne rangeait guère sous le vocable de tumeur sous-unguéale que les exostoses.

Leurs variétés sont d'ailleurs très nombreuses, classées en plusieurs catégories, selon leur structure : Exostoses éburnées, compactes, spongieuses ; puis les exostoses proprement dites, qui proéminent à la surface de l'os, les exostoses parenchymateuses, contenues dans l'épaisseur de l'os, et enfin les énostoses, ou exostoses en dedans, qui pointent dans le canal médullaire.

Signalons pour mémoire seulement les enostoses qui peuvent évoluer sous l'influence d'une maladie générale : rhumatisme, goutte, scrofule, syphilis, et enfin les exostoses ostéogéniques, ou de croissance. Diverses autres tumeurs des os dont, à vrai dire, les phalanges ne sont point le lieu de prédilection, mais qui pourraient néanmoins s'y rencontrer, telles que : hyperostose, fibrome des os, lypomes, myxomes, chondromes, épitheliomas, lymphadénomes, carcinomes, sarcomes,

anévrysmes et kystes doivent seulement être mentionnés.

Nous avons consulté sur ce point les auteurs classiques et les auteurs compétents en pareille matière, ils restent muets à ce sujet. Seul, Follin semble avoir soupçonné cette lésion dans les termes suivants :

« La surface du lit de l'ongle n'est pas toujours égale, on y constate parfois une saillie brusque, qui se traduit extérieurement par une disposition correspondante de la portion cornée. Cette surface, au lieu d'être légèrement feuilletée, est assez souvent recouverte d'éminences papilliformes ou de lamelles hypertrophiées qui sont rouges et gorgées de vaisseaux. J'ai rencontré aussi des lits de l'ongle épaissis mais peu vasculaires. Le tissu fibreux du derme était hypertrophié et entre ces fibres on constatait de petits lobules graisseux. » (*Pathologie externe,* tome II, p. 86.) Et plus haut, il met en relation « l'hypertrophie uniforme du derme avec apparition de l'épaississement dans la couche de l'ongle ». Dans la première partie de cette citation, Follin semble donc avoir bien observé et remarqué ces saillies du derme sous-unguéal, mais il n'en a pas tiré de conclusions pathologiques, il mentionne seulement un état anatomique qui, pour lui, ne se révèle pas apparemment par des signes cliniques, qui n'est même peut-être pas une lésion anatomo-pathologique.

L'affection, (ou pour être plus juste, les affections, car comme nous le verrons, elles sont de diverses natures) que nous nous proposons d'étudier, diffère essentiellement des exostoses qui ont, contrairement à elle,

comme caractère différentiel, de tendre à la chute de l'ongle. Elle peut et doit être distinguée de la dermite aiguë, décrite par Le Dentu ; de l'onychogryphose de Follin, dans laquelle la tumeur n'est caractérisée que par l'hypertrophie de l'ongle, le derme sous-unguéal restant à peu près sain. Quant aux onyxis et périonyxis divers, ils seront facilement reconnus à l'existence du bourrelet fongueux péri-unguéal et d'après le caractère de la douleur, réveillée surtout par la marche, la pression de la chaussure, mais calmée par le repos au lit, ce qui le plus ordinairement n'a pas lieu dans le durillon sous-unguéal, nom que M. le professeur Le Fort propose de donner à cette affection, bien que cette hyperplasie, cette hypergénèse de l'épiderme ne se produise pas par le même mécanisme que le durillon ordinaire. Son mode de formation, les inconvénients qu'elle entraîne sont assez faciles à saisir : sous l'influence d'une contusion, soit passagère et très vive, soit moins forte mais d'une plus longue durée, il se produit une légère inflammation de la matrice de l'ongle ; sous cette influence, il y a exagération dans la production des couches épidermiques qui, par leur évolution normale, viennent renforcer sur sa face profonde l'ongle dont la formation a été commencée au niveau de la lunule.

Mais au lieu de subir l'évolution normale qui les transforme en tissu corné, ces lamelles épidermiques gardent les caractères que présente d'ordinaire l'épiderme épaissi. Elles constituent une sorte de durillon, véritable corps étranger interposé entre l'ongle et le

derme, et l'on conçoit que la pression exercée à ce niveau, non seulement amène des douleurs, mais encore entretient un état irritatif qui se traduit par la continuation de l'exagération à produire de nouvelles couches de cellules épidermiques.

Ces quelques faits nous ont paru assez intéressants pour motiver quelques recherches sur ce sujet; ce sont ces recherches que nous nous proposons de développer dans cette thèse, avec cet espoir qu'avec l'aide de faits plus nombreux et attentivement examinés, la pathologie pourrait s'enrichir d'un nouveau chapitre. M. le professeur Lefort n'avait eu l'occasion de rencontrer et d'étudier seulement des durillons, nos recherches ont abouti à la découverte de tumeurs bien différentes, non pas par leur siége, car elles sont aussi toutes sous-unguéales, pas même par le mécanisme de leur production qui est sensiblement le même, mais par leur nature; car comme nous le verrons par la suite, on trouve sous les ongles des myômes, des papillomes qui se rapprochent beaucoup des durillons, et même, chose que l'on ne s'attendrait guère à rencontrer dans cette partie de l'organisme, des épitheliomas.

Mais avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis de remercier ici d'une façon toute spéciale M. le Dr Toupet, chef du laboratoire de M. le professeur Cornil, qui nous a inspiré la première idée de cette thèse et dont les conseils nous ont été si précieux en maintes circonstances.

Que M. Peyrot, professeur agrégé de la faculté chirurgien de Lariboisière, que M. Blum, professeur

agrégé, chirurgien de l'hôpital Tenon, acceptent ici l'assurance de notre gratitude pour les renseignements qu'ils nous ont si gracieusement fournis.

Enfin que M. le professeur Cornil veuille bien agréer l'expression de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DIVISION

Nous diviserons cette étude en deux parties :

Dans la première, nous présenterons les observations des cas de durillon sous-unguéal que nous avons pu recueillir, avec l'examen histologique permettant de mettre hors de doute la nature épidermique de la tumeur.

Dans la seconde, nous développerons les observations des diverses tumeurs distinctes du durillon : myôme, papillome, épithelioma, tendant à démontrer que les tumeurs sous-unguéales peuvent être et sont en réalité de natures bien diverses.

PREMIÈRE PARTIE

Durillons

Observation I

En 1882, entra dans le service de M. le professeur Le Fort, un homme d'une cinquantaine d'années, d'une excellente santé, n'ayant jamais présenté aucune lésion du pied.

Après avoir porté une paire de bottes un peu trop étroites à leur extrémité, non pasdans le sens transversal, mais dans le sens vertical, de telle sorte que les deux orteils étaient comprimés par l'empeigne, il éprouva à la fin de la journée une douleur très vive dans la région unguéale des deux premiers orteils des deux pieds; douleur analogue à celle qu'aurait fait éprouver une contusion par pression énergique accidentelle. La douleur persista toute la soirée, mais il y avait lieu de croire que la nuit la ferait définitivement disparaître. Il n'en fut rien.

Si la douleur avait le lendemain disparu du gros orteil gauche, elle persista à l'orteil droit, malgré le port de chaussures larges, depuis longtemps brisées et ayant pris la forme du pied.

La marche était tellement douloureuse qu'elle était

difficile et qu'elle ne devint relativement facile qu'en portant des chaussures très larges à leur extrémité dans le sens vertical, et n'exerçant aucune pression sur l'orteil.

On ne pouvait à l'inspection la plus minutieuse trouver trace de rougeur ni d'ecchymose; la pression exercée au niveau de la base de l'ongle n'était que peu ou pas douloureuse, mais sur la partie moyenne et le bord libre elle réveillait une douleur vive.

La douleur primitive s'atténua après quelques jours pour reparaître en s'aggravant au bout d'une quinzaine de jours. En examinant alors le pied du malade, on constata que l'ongle était un peu soulevé par un amas de cellules épidermiques sous-jacentes à l'ongle, et formant en quelque sorte un ongle rudimentaire placé sous l'ongle normal. M. Le Fort essaya de détacher cette sorte de membrane et, par le grattage, put en dissocier et en retirer une bonne partie qui se prolongeait jusqu'au niveau du tiers antérieur de l'ongle.

A partir de ce moment la marche redevint facile. Mais après quinze jours ou trois semaines, les inconvénients reparurent avec la reproduction de la couche épidermique. Nouvelle avulsion, nouvelle amélioration, nouvelle reproduction malgré l'emploi de cataplasmes appliqués pendant la nuit. Peu à peu cependant la reproduction se fit moins abondante, moins rapide, mais la guérison ne fut complète qu'au bout de six à sept mois.

Examen histologique. — L'examen a donné les ré-

sultats suivants. A la partie superficielle du derme enlevé on trouve les cellules cornées de l'épiderme en couches assez épaisses, puis le corps muqueux de Malpighi, dont les cellules nettement dessinées sont plus abondantes qu'à l'état normal. Elles forment des sortes de pointes qui s'enfoncent dans le derme. Au-dessous de cette couche se trouve le derme coloré en rose par le picro-carmin. Il est normal. Si on veut faire la part respective de ces deux couches, on peut dire que l'épiderme forme un tiers de l'épaisseur et le derme les deux autres tiers. La structure est donc absolument celle que l'on assigne aux durillons en général.

Observation II

Le malade âgé de 14 ans est entré à l'hôpital de la Pitié, en 1887, salle Broca, nº 3.

Au premier examen (je laisse ici la parole à M. Thiery), nous sommes très étonnés de trouver une douleur paraissant siéger sous l'ongle au niveau de la partie médiane, douleur des plus vives, réveillée par la marche, le toucher, le poids seul des couvertures, et sujette à des modifications notables suivant les influences thermiques de la température. D'ailleurs aucune lésion des parties molles rétro ou para-unguéales, pas de dactylite, pas d'ostéite de la phalangette. L'ongle n'est nullement déformé; le malade ne présente pas de varices.

Nous éloignons le diagnostic d'ongle incarné et le malade est renvoyé chez lui après prescription de bains et de repos. Au bout de quelques jours aucune modi-

fication ; la douleur a diminué par le repos, mais la station verticale, le *port des chaussures* la réveille aussi vive et aiguë qu'auparavant. Elle est telle que le malade réclame l'opération.

A ce moment nous n'étions point fixé sur la nature de la lésion, cependant, en présence de ces accidents douloureux, de la gêne de la marche et des instances du malade, nous pratiquons l'opération de l'ongle incarné, le 19 août 1887. L'opération, ajoute M. Thiery, fut faite d'après ce procédé, depuis longtemps décrit, qui consiste à extirper l'ongle en totalité et à faire suivre cette extirpation de l'incision de la matrice au bistouri, et du grattage profond du derme sous-unguéal soit à la rugine, soit à la curette tranchante. Mais, dans ce cas particulier, cette dernière partie de l'opération fut particulièrement laborieuse, à cause d'une saillie volumineuse et fort résistante du derme qu'il fallut abraser en totalité.

Quelques pansements furent faits et le malade sortit le 30 août, absolument guéri.

Il revient le 17 mars 1880 ; pas de récidive locale du côté opéré ; l'état est parfait, l'ongle n'a pas reparu, marche facile, pas de douleurs.

Examen histologique. — L'examen histologique, pratiqué dans le laboratoire de M. Le Fort, a montré clairement que la lésion observée était bien un durillon sous-unguéal, une hypertrophie papilleuse et épidermique correspondant bien à un véritable cor.

Observation III

M. Alfred, 36 ans, serrurier, entre, le 6 février 1888, à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, n° 4, dans le service de M. le professeur Le Fort.

Le début de l'affection remonte à l'âge de seize ans. Il y a eu à ce moment et localement quelques phénomènes inflammatoires légers et passagers. Peu à peu l'ongle devient inégal, raboteux, incarné d'arrière en avant, la marche est très pénible.

Le malade ne présente pas de varices. Aucune lésion inflammatoire des parties molles de la phalangette, pas de fongosités para-unguéales. Toute idée de périonyxis et d'onyxis latéral doit être écartée.

Comme signes fonctionnels, douleur vive au toucher, pendant la marche; le poids d'une couverture est insupportable. La *chaleur du lit* l'exagère encore, alors même que le malade est au repos.

M. Le Fort diagnostique la présence d'un durillon sous-unguéal.

L'opération est pratiquée le 10 février 1888. Arrachement de l'ongle à la spatule, d'arrière en avant. Une particularité est à signaler; l'épiderme des replis latéraux des parties molles est tout particulièrement adhérent à l'ongle, et il faut employer les ciseaux pour le détacher. L'ongle arraché, le derme sous-unguéal se présente alors, et le diagnostic porté est entièrement confirmé. Il existe, en effet, au-dessous de l'ongle arraché, une saillie du derme, du volume d'une grosse verrue fortement saillante et qui devait être compri-

mée entre la phalangette et la face profonde de l'ongle. M. Le Fort l'abrase à la curette en creusant le derme à ce niveau. Le malade sort guéri, le 20 février, il marche bien, ne souffre plus et est envoyé à Vincennes.

Examen histologique. — Sur des coupes, faites perpendiculaires à la surface de la tumeur, l'examen histologique a présenté des papilles dermiques volumineuses, mais principalement un épaississement considérable des couches épithéliales formant la gaine de ces papilles. Aspect qu'il est intéressant de rapprocher de l'aspect du derme normal du lit de l'ongle, où le révêtement épithélial est peu volumineux et les papilles uniformément distribuées et élevées, de volume médiocre.

Observation IV

(Personnelle à M. Leclerc, de Saint-Lô.) A l'âge de 23 ans, écrit-il, je ressentis de vives douleurs au niveau de la phalange unguéale du gros orteil gauche. Au bout de trois semaines ou un mois, la douleur céda en même temps que l'ongle se fendait dans toute sa longueur. La nature s'était chargée de me faire une opération palliative et un débridement.

Ce durillon qui, dit-il, existe encore actuellement, siège sur la moitié externe de la phalange unguéale sans empiéter sur la sertissure externe de l'ongle. Commençant à la limite antérieure de l'ongle, il s'étend jusqu'à un demi-centimètre de son attache postérieure.

Il est un peu sensible à la pression et devient plus douloureux lorsque les strates épidermiques se sont augmentées. Je le traite alors par le raclage et tout rentre dans l'ordre.

Observation V (Même auteur)

Une dame, âgée de 38 ans, était atteinte d'un durillon sous-unguéal du gros orteil droit. Elle souffrait beaucoup pendant la marche, parce que le durillon était comprimé entre la phalange et l'ongle resté intact.

M. Leclerc ajoute que dans ces deux observations il n'y avait aucune lésion fongueuse, aucune inflammation locale.

Qu'il soit permis d'exprimer ici le regret, que l'examen histologique de ces deux tumeurs n'ait pu être pratiqué et mettre bien en évidence l'hypertrophie papillaire et épidermique caractéristique du durillon.

Observation VI (M. Brunon)

La malade dont il est question dans cette observation, est une dame jeune, ayant un soin extrême de sa personne. Elle est d'une excellente santé, n'a jamais souffert du moindre accident du côté des orteils, le cor vulgaire même lui est tout à fait inconnu.

Le pied est petit et très cambré, elle a l'habitude d'être chaussée avec beaucoup de soin, c'est-à-dire qu'elle porte des chaussures étroites, courtes, pointues.

La malade décrit elle-même très clairement le début de ses accidents, et nous dit que son attention a été attirée en 1884, pas tout d'abord par la douleur, mais par

l'apparition d'une traînée d'un rouge sombre très fine, (semblable à un petit caillot très tenu et très effilé) et qu'on voyait par transparence sous l'ongle. Elle s'étendait depuis le bord libre jusqu'à sa partie moyenne (on aurait dit un petit fragment de bois qui aurait pénétré sous l'ongle et serait resté là comme il arrive quelquefois aux doigts). Trois mois plus tard, la malade enleva elle-même, avec des ciseaux à ongles, la moitié antérieure de la petite traînée rouge ; mais il en resta un fragment, le plus profondément situé.

En 1884, 1885, 1886 il persista, non une vraie douleur, mais une sensibilité excessive de l'extrémité de l'orteil gauche. La marche, la station un peu prolongée sur le pied, le moindre choc, le contact de la chaussure causaient une légère douleur continue.

En 1887, la douleur augmente. Une pédicure à qui le cas est soumis, croit, elle aussi, à un fragment de bois entré sous l'ongle. Elle enlève ce qu'elle croit être un éclat de bois et immédiatement la gêne diminue. La malade se rappelle très bien avoir mis à cette époque des souliers très petits, étroits, un peu courts, avec talons Louis XV. En 1888, au mois d'avril la douleur reparaissait plus intense.

C'est à ce moment qu'elle alla consulter M. le Dr Brunon, lequel constata les modifications suivantes :

A première vue l'orteil n'est modifié ni dans sa forme, ni dans son volume, ni dans sa couleur, ni dans son aspect général. On aperçoit simplement sous le bord libre de l'ongle une masse blanchâtre du volume d'une petite lentille. Cette masse, manifestement due à un

épaisissement de l'épiderme à ce niveau est à moitié cachée par le bord de l'ongle, à travers lequel on la voit par transparence. Il n'y a pas de douleurs spontanées, mais la moindre pression du doigt sur la petite tumeur elle-même, ou sur l'ongle à son niveau, est douloureuse. La marche sur les pavés de la rue avec une chaussure fine est une cause de douleurs véritablement vives. La danse devient impossible après quelques minutes.

En examinant de plus près l'ongle incriminé, on constate qu'il est légèrement soulevé au niveau de son bord libre; qu'il est un peu épaissi et que sa courbure transversale est exagérée mais faiblement; ses bords tendent à s'enfoncer sous deux replis cutanés qu'on ne retrouve pas sur le pied sain.

On est évidemment en présence d'une masse formée par un épaississement de l'épiderme. La face inférieure de l'ongle est libre au niveau du bord, mais immédiatement au-dessous on trouve un petit monticule de forme ovalaire, légèrement acuminée et dont les bords vont mourir sur l'épiderme environnant.

L'extirpation fut faite séance tenante. En relevant le bord de l'ongle avec une spatule, on arriva facilement, avec la pointe du bistouri, à détacher sur un point la base de la tumeur, puis à la renverser complètement. A la place il reste une petite dépression au niveau de laquelle le derme est presque à nu.

Comme pansement on introduisit simplement sous le bord de l'ongle un peu de coton boriqué.

Un mois plus tard la malade revient. Le durillon s'est

reformé, mais moins volumineux, et surtout moins douloureux.

On pratiqua alors un autre opération.

Avec un bistouri d'abord, puis avec des ciseaux courbes et en agissant lentement, l'ongle fut découpé, un petit territoire fut creusé autour de la tumeur, qui permit d'arriver plus facilement sur elle et de répéter souvent l'intervention. La tumeur fut de nouveau enlevée, l'épiderme profondément abrasé, et au bout de trois opérations semblables, toute apparence anormale disparut, et l'ongle reprit sa forme habituelle.

Dans cette observation l'on avait pu remarquer, dès le début, la formation d'une petite hémorragie et par conséquent d'un petit caillot qui aurait précédé la prolifération épidermique.

Avant d'aborder le second chapitre de cette étude, résumons brièvement ici l'étiologie et le traitement de cette affection.

1° *L'âge des sujets* le plus ordinairement jeunes, et le port de chaussures étroites, circonstance que nous trouvons dans trois des observations précitées, et probablement le frottement de la chaussure au niveau de la face dorsale du gros orteil.

2° En ce qui concerne *les symptomes*, l'absence de toute lésion fongueuse des bords, et de toute lésion inflammatoire de l'ongle, de sa matrice, de la phalangette, ou des parties molles, absence coïncidant avec une douleur des plus vives, exagérée par la marche. La station debout, la danse même, dans le cas de M. Brunon, était impossible. Les influences thermiques et le siège

même de cette douleur, siège inaccoutumé lors de l'incarnation de l'ongle, permettent d'éliminer les onyxis, dermites, exostoses, etc.

Quant au traitement il est facile à résumer.

1° Extirpation de l'ongle, pour voir la lésion, si celle-ci est centrale par rapport à l'ongle;

2° Rugination à la curette du durillon avec la curette tranchante ou extirpation avec la pointe du bistouri,

3° Pansements rares à la gaze iodoformée.

DEUXIÈME PARTIE

TUMEURS SOUS-UNGUÉALES DIVERSES

1° *Fibrome*

Observation VII

Le nommé Buquet Adolphe, âgé de 42 ans, relieur, est entré à l'hôpital de la Pitié le 25 juin 1889, salle Michon, lit 49.

Les antécédents héréditaires sont nuls.

Comme antécédents personnels nous devons signaler une fièvre typhoïde en 1870, une pleurésie en 1879, et de temps à autre le malade éprouve encore quelques douleurs dans le côté droit. Il a eu aussi un ongle incarné au gros orteil droit, ongle opéré il y a dix ans.

Actuellement le malade est atteint de tremblement de tous les membres, et le matin du 26 juin il a eu un étourdissement ayant occasionné une chute. De l'interrogatoire que nous avons fait subir au malade, il paraît probable que cet homme est atteint de tremblements alcooliques; en effet la sensibilité paraît normale des deux côtés du corps, pas d'ataxie locomotrice, pas d'antécédents épileptiformes, pas d'empoisonnement par le

plomb ou le mercure, du reste le malade avoue facilement un léger culte pour la dive bouteille.

Nous arrivons à l'état local. En 1879, (le malade ne peut préciser exactement l'époque,) il eut sur le dos du pied gauche une contusion violente produite par la chute d'une barre de fer.

A la suite du traumatisme l'ongle du gros orteil gauche tomba, et au bout de trois semaines, était remplacé par un ongle nouveau, bombé à sa partie centrale.

Il y a environ quinze jours, vers le 10 juin, la moitié antérieure de cet ongle vint à tomber, et la partie mise à nu devenait le siège d'une petite tumeur ulcérée et qui suppurait abondamment. Le malade marchait péniblement en s'appuyant surtout sur le talon. La pression exercée par la chaussure était douloureuse, il en était de même de la pression digitale. Actuellement la portion de l'ongle restée en place est presque complètement déchaussée et tient à peine; c'est cette partie que l'on a enlevée le 3 juin.

L'opération a été celle de l'ongle incarné; enlèvement de la moitié restante de l'ongle, abrasion de la matrice de l'ongle et de la petite tumeur ulcérée. Le pansement à l'iodoforme fut fait, et il est changé tous les trois jours. Les suites de l'opération ont été des plus simples. Le malade n'a pas eu un seul instant de fièvre. En ce moment la plaie suppure encore, mais peu abondamment, les douleurs à la marche n'existent plus.

L'examen de la petite tumeur enlevée et pratiqué dans le laboratoire de M. le professeur Verneuil, par M. le Dr Clado, a donné les résultats suivants :

La tumeur durcie dans l'alcool et colorée par le picro-carmin est coupée suivant son grand axe, verticalement et d'avant en arrière. A un faible grossissement, on reconnaît :

1° Le lit de l'ongle avec ses papilles effilées, légèrement irritées par places, au niveau desquelles on aperçoit une légère prolifération épithéliale, mais le stroma de la tumeur n'en est nullement pénétré.

2° Au niveau de l'ulcération il existe une couche d'éléments embryonnaires mesurant environ un millimètre d'épaisseur. Sous le lit de l'ongle la tumeur apparaît, mesurant à peu près une hauteur égale sur tous ses points.

Il s'agit d'un fibrome plexiforme, lobulé par places, constitué par de grosses bandes de tissu fibreux, entremêlées d'eléments embryonnaires et de cellules fusiformes. Les vaisseaux, fort rares d'ailleurs, que l'on rencontre dans la tumeur, offrent des parois extrêmement épaissies.

2° *Papillome*

OBSERVATION VIII (empruntée à M. GÉRARD-MARCHAND

Un homme de profession sédentaire, magistrat, âgé de 50 ans, portait depuis environ quinze mois, en dessous de l'ongle du gros orteil droit, une petite tumeur; celle-ci très douloureuse avait fini par soulever l'ongle et rendre la marche sinon impossible, du moins très difficile. Le professeur Gosselin consulté conseilla l'éradication de la petite tumeur après ablation de l'ongle.

L'ongle enlevé, il fut alors facile de bien voir la di-

mension, les limites, le point d'implantation de la tumeur. Celle-ci avait la dimension d'un pois moyen; mais au lieu d'être arrondie, elle était allongée, aplatie dans le sens du grand axe de l'ongle; d'une couleur violacée, dure et comme cornée, elle s'insérait par un pédicule au voisinage et en avant de la matrice de l'ongle. Tout autour d'elle, elle avait provoqué quelques phénomènes inflammatoires, de la suppuration dans la rainure interne de l'ongle, avoisinant une implantation latérale, mais cette inflammation ne s'était développée que consécutivement à la marche et aux manœuvres thérapeutiques, auxquelles s'était livré le malade de son propre mouvement. L'éradication, faite d'après les procédés, fut relativement facile.

La tumeur examinée histologiquement dans le laboratoire de la Faculté de médecine a démontré, à n'en pas douter, que cette tumeur n'était autre chose qu'un petit papillome.

Nous aurions bien voulu reproduire en entier le compte rendu de cet examen, mais à notre grand regret cela ne nous a pas été possible.

La tumeur récidiva au bout de six mois, mais cette fois une intervention plus large et plus radicale (car elle nécessita l'amputation de la première phalange), guérit radicalement le malade.

3° *Myôme à fibres lisses*

Observation IX (due à M. Blum, professeur agrégé).

Rigault Théodore, 35 ans, porteur aux halles, entré à l'hôpital le 18 février 1889.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 45 ans, d'une hémoptysie, anévrysme.

Mère morte de la poitrine, six mois malade.

Sœur morte. Absence de renseignements.

Frère bien portant. Les ongles et les doigts de pieds présentent la même tendance que chez le malade objet de cette observation.

Antécédents personnels. — N'a jamais fait de grande maladie; a présenté seulement quelques douleurs articulaires n'ayant jamais nécessité une longue interruption de travail.

Pas de syphilis. Urétrite légère il y a vingt ans environ.

Le malade exerce en ce moment une profession pénible, l'obligeant à se lever à toute heure de la nuit. Il boit beaucoup, presque toujours du vin, et le plus souvent à jeun, depuis dix ans environ.

L'appétit est à peu près perdu. Il a des pituites le matin; du tremblement. Il rêve la nuit de son travail. Le malade n'accuse pas de maux de tête (Alcoolisme).

Pas de troubles de la motilité, même dans l'obscurité; la force est conservée. Depuis trois semaines environ, la vue aurait baissé un peu. A plusieurs reprises, le malade a ressenti des élancements douloureux dans les genoux, mais il y a absence complète de douleurs fulgurantes et de douleurs en ceinture. La sensibilité plantaire est conservée. Les réflexes rotuliens ont une exagération marquée, il y a une oscillation marquée dans la station verticale, les yeux fermés (Ataxie).

État actuel des pieds. — 1er avril. Pied gauche, hypertrophie considérable de l'ongle du gros orteil pré-

sentant une épaisseur sept ou huit fois plus grande que d'ordinaire. Il est dirigé obliquement vers le bord externe de l'orteil. L'orteil est à peu près normal, seulement un peu élargi et épaissi au niveau de sa dernière phalange.

Le deuxième orteil est normal. Il est, ainsi que les troisième et quatrième, fortement redressé sur le pied, et fléchi au niveau de la seconde phalange.

Le troisième orteil est dans le même état, avec flexion très prononcée de la troisième phalange qu'il et impossible de redresser.

Le quatrième orteil présente également une flexion de la deuxième phalange sur la première, avec un durillon à ce niveau. Le reste est normal.

Le cinquième, replié sur lui-même, est à peu près caché sous le quatrième.

Les trois derniers assez fléchis, peuvent s'appliquer sur la saillie formée par la tête des métatarsiens.

(Pied droit). La même déformation des doigts et des orteils existe ici, ayant en plus une rétraction des orteils relevés en extension forcée sur la face dorsale du pied.

La seconde phalange du premier orteil est relevée et forme avec la première un angle ouvert en haut. A la face plantaire et sous le deuxième métatarsien on trouve une ulcération profonde linéaire, limitée par un bourrelet épidermique. La sensibilité est conservée tout autour de cette ulcération. Cela a débuté comme un durillon qui s'est détaché et au-dessous duquel se trouvaient quelques gouttes de sérosité sanguinolente.

Le traitement a été le suivant. Arrachement des ongles des deux gros orteils avec enlèvement de la matrice.

La pièce examinée au laboratoire de M. le professeur Cornil a donné les résultats suivants. Le fragment enlevé à la grosseur d'un petit haricot, il est durci par l'alcool; les coupes faites perpendiculairement à la surface sont colorées par le picro-carmin.

A un faible grossissement, on voit que cette néoplasie est surtout constituée par des faisceaux fibreux, au milieu desquels se trouvent quelques noyaux et des fibres élastiques en assez grande quantité. La matrice de l'ongle est aplatie; elle est formée par une couche mince d'épithélium stratifié au-dessous de laquelle on aperçoit à peine quelques papilles.

Ce qui frappe surtout, c'est la présence, au milieu du tissu fibreux, de vaisseaux artériels et veineux, dont les parois, surtout la paroi musculaire, sont très notablement hypertrophiés. Au niveau des vaisseaux de gros calibre leur lumière est encore perméable, la couche interne est hypertrophiée d'une façon égale dans toute son étendue, mais la couche moyenne surtout est accrue au point de mesurer à elle seule l'épaisseur des deux couches réunies. La tunique externe est très peu modifiée.

Sur les vaisseaux de moindre calibre la lumière a presque complètement disparu; quelques-uns même sont complètement oblitérés, mais l'élément musculaire y est toujours très développé. On peut également observer l'hypertrophie notable d'une veine de moyen calibre. Dans d'autres endroits on trouve de larges traînée

de fibres musculaires lisses; ces fibres sont disposées en faisceaux séparés les uns des autres par quelques fibres conjonctives. On ne voit nulle part au milieu de ces faisceaux de lumières vasculaires; ou rien même qui ressemble à un vaisseau oblitéré. Dans d'autres parties on trouve des faisceaux analogues mais coupés perpendiculairement. Ici encore il est difficile d'apercevoir la lumière d'un vaisseau. On y distingue seulement un faisceau arrondi, sans tunique fibreuse externe appréciable et au pourtour du faisceau principal on en distingue d'autres situés à une certaine distance et séparés par du tissu conjonctif.

Sur l'un des côtés de ces faisceaux, coupés perpendiculairement, on aperçoit une paroi élastique qui n'est probablement pas autre chose que l'ancienne tunique élastique externe d'une artère.

En résumé. Il semble s'être produit là une sclérose du derme sous-unguéal avec hypertrophie de la paroi musculaire des vaisseaux artériels et veineux, hypertrophie qui a amené l'oblitération de certains vaisseaux et, à leur niveau, les fibres musculaires lisses paraissent avoir commencé à proliférer et à donner naissance à de petits myômes à fibres lisses.

Planche I



1 Lit de l'ongle.
2 Hypertrophie conjonctive du derme sous-unguéal
3 Vaisseaux dont la couche musculaire est hypertrophiée
4 Gros faisceaux de fibres musculaires lisses.

Héliotypie H. Quinsac & & Baquié

4° *Épithélioma*

Observation X (Communiquée par M. le Dr Peyrot)

J'ai opéré, dit-il, en juin 1888, une dame de 48 ans, d'une petite tumeur sous-unguéale, qui déterminait chez elle les plus vives douleurs, et que je considérais comme un fibrome douloureux sous-unguéal.

La tumeur siégeait sur l'index de la main droite. Elle ne se révélait à la vue à travers la transparence de l'ongle que par un aspect légèrement bleuté et sur un point très limité. La moindre pression sur ce point précis était intolérable. La moitié de l'ongle correspondant ayant été enlevée, je trouvai, couchée dans le derme sous-unguéal, et dans lequel elle s'était creusée un lit, une petite masse piriforme, longue de trois millimètres, large de un millimètre à sa grosse extrémité. Celle-ci libre était tournée en avant : la paroi mince, véritable pédicule de la tumeur, était dirigée en arrière et s'insérait sur le derme unguéal vers l'extrême limite de la matrice de l'ongle

La tumeur relevée fut sectionnée à son point d'insertion, avec la pointe du bistouri. Après son ablation la surface osseuse de la phalangette était presque à nu, tellement les parties molles sous-onguéales avaient été comprimées et refoulées.

a guérison sous le pansement antiseptique s'obtint rapidement.

Aujourd'hui, un an après l'opération, la malade est en parfaite santé, la tumeur n'a pas récidivé. Pourtant l'examen histologique, pratiqué au laboratoire de

M. le professeur Cornil, a décelé des caractères que nous n'avions pas soupçonnés dans cette petite tumeur.

Examen histologique. — La tumeur enlevée offre la grosseur d'un pois de moyenne dimension, et paraît assez nettement limitée du côté de la périphérie de l'ongle. Cette tumeur a un point d'implantation assez large.

A la coupe, faite perpendiculairement au point d'implantation, après durcissement dans l'alcool et coloration par le picro-carmin, on trouve :

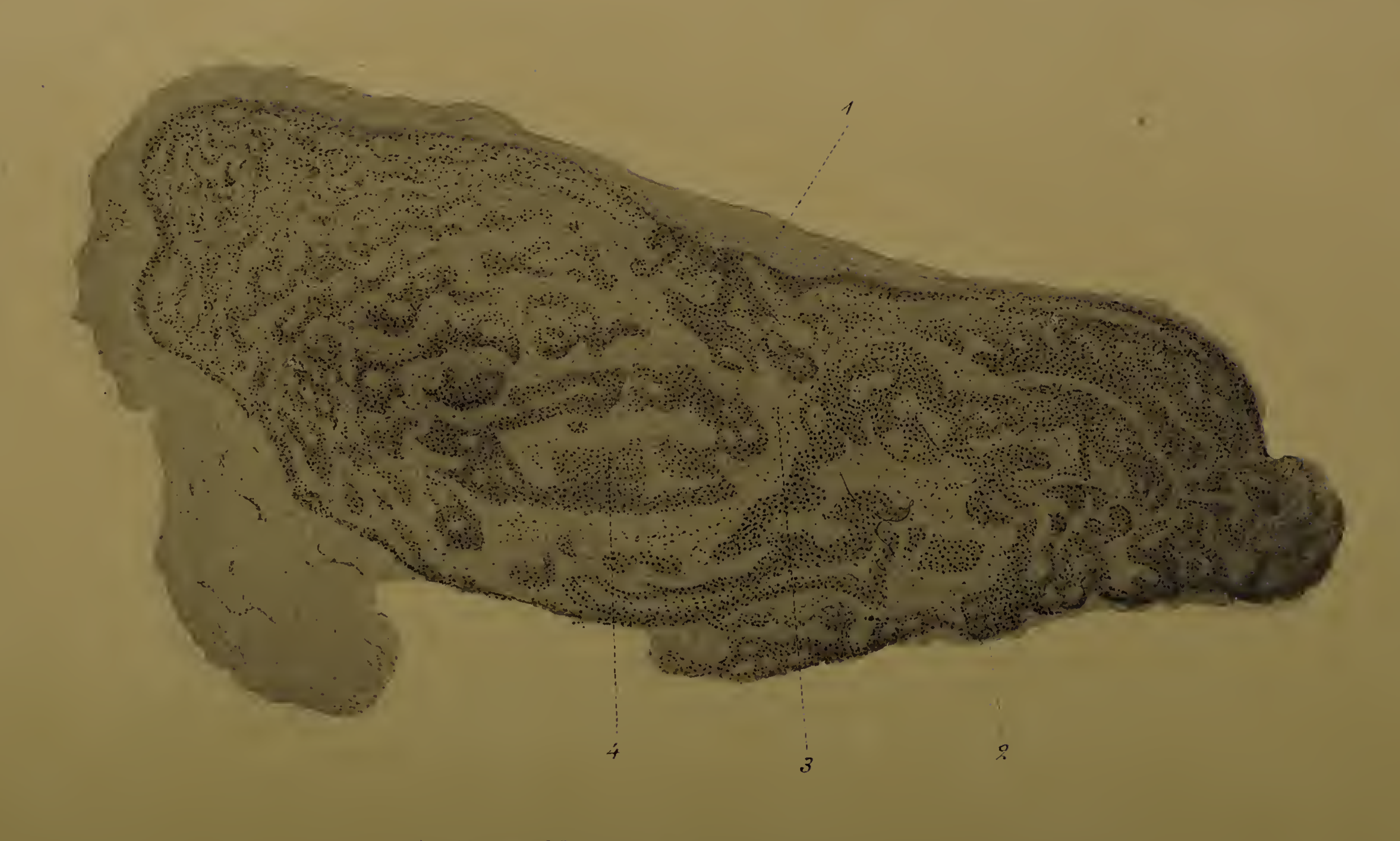
1° A la périphérie, une couche peu épaisse de tissu conjonctif dense, entremêlée de quelques petits vaisseaux. L'aspect normal de la matrice de l'ongle fait complètement défaut.

2° Le centre de la tumeur est formé par une trame conjonctive dense, qui après examen attentif, ne paraît pas se continuer avec la couche périphérique.

Cette trame conjonctive limite des cavités disposées en forme de tubes plus ou moins larges et irréguliers. Ces tubes sont remplis de cellules fortement colorées par le picro-carmin, et si l'on a recours à un plus fort grossissement, l'on reconnaît facilement que l'on est en présence d'éléments de nature épithéliale.

Du côté du point d'implantation et à son niveau on retrouve d'une façon identique les caractères du néoplasme, de sorte qu'il est permis de supposer, et que même il est probable que l'ablation n'a pas été totale. Il est néanmoins un caractère qui pourrait faire abandonner cette idée, c'est qu'à cette même époque, un an après l'opération, la tumeur n'a pas récidivé.

Planche II



1 Zone fibreuse périphérique
2 Point d'implantation de la tumeur
3 Trame conjonctive
4 Tubes remplis d'épithéliums pavimenteux

Quoi qu'il en soit, les différents caractères que nous venons d'examiner nous autorisent à croire que nous nous trouvons en présence d'une tumeur de nature épithéliale.

En résumé, nous aurions donc eu affaire ici à un épithélioma pavimenteux tubulé et sans globes épidermiques.

Nous ne pouvons que reproduire, pour les quatre variétés de tumeurs que nous venons d'exposer, que ce qui est écrit à la suite du chapitre premier des *Durillons*. L'étiologie est la même; le traitement, lui aussi, ne diffère pas. Seul, le pronostic est assombri; tandis que pour les durillons il est bénin, ici il doit être réservé.

Ces dernières tumeurs : myôme, fibrome, papillome ; ont une tendance à se changer en épithéliomas, il n'y a entre eux qu'un pas à franchir. Et étant donnée la nature maligne et la fréquente récidive des épithéliomas, l'on comprend que l'on pourra, dans ces cas, comme dans celui de M. Gérard Marchant, être amené à pratiquer une amputation qui, sans être grave, a néanmoins d'autres inconvénients que l'abrasion et l'arrachement pur et simple d'un durillon.

CONCLUSIONS

Malgré le petit nombre d'observations que nous avons publiées, il ressort cependant ces deux faits :

1o Que les tumeurs sous-unguéales sont de natures bien diverses; car à côté des exostoses que nous avons passées volontairement sous silence, on trouve le simple durillon, qui d'ailleurs peut dégénérer en véritable épithélioma; mais encore des papillomes, des myômes à fibres lisses et des épithéliomas d'emblée :

2o Que l'examen histologique des diverses tumeurs sous-unguéales acquiert une importance, j'oserai dire capitale, car de lui dépend le pronostic, qui, on le comprend, varie suivant que la tumeur est de sa nature sujette ou non à la récidive.

TABLE DES MATIÈRES

Vu, le Doyen :
P. BROUARDEL.

Vu par le président de thèse,
CORNIL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

LE MANS. — TYP. ED. MONNOYER.